

**I. SZERZŐDÉS ADATAI**

 Szerződésazonosító:   
 Szerződő neve  
 (pl. cég, vállalat): 
**II. BIZTOSÍTOTT ADATAI**

 Biztosított (elhunyt)  
 vezetékneve:  utóneve:   
 Születési ország:  Születési helység:   
 Születési ideje:  év  hó  nap  
 Állandó lakcíme:  
 irányítószám:  helység:   
 út/utca/tér:  házzám:  emelet:  ajtó:   
 Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot?  Igen  Nem Ha igen, mióta?  év  hó  naptól  
 Milyen okból? 
**III. MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS (Kötelező kitölteni, amennyiben az Ön vagy Hozzá tartozójának a Munkáltatója kötött csoportos biztosítást.)**

 Munkavállaló  
 vezetékneve:  utóneve:   
 Anyja vezetékneve:  utóneve:   
 Születési ideje:  év  hó  nap  
 Igazoljuk, hogy a fent nevezett munkavállaló:  év  hó  naptól folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll.  
 Kelt:  ,  év  hó  nap  
  
 Munkáltató aláírása, ph

**IV. FŐBIZTOSÍTOTT ADATAI (Kötelező kitölteni, amennyiben hozzátartozója kötötte a biztosítást.)**

 Vezetékneve:  utóneve:   
 Anyja vezetékneve:  utóneve:   
 Születési ideje:  év  hó  nap

**V. BALESETI, MUNKAHELYI BALESETI HALÁL LEÍRÁSA**

 Baleset körülményei (mikor, hol, hogyan történt, sérülés leírása):  év  hó  nap  
  
 Volt-e hatósági eljárás?  Nem  Igen Eljáró hatóság:   
 Volt-e véralkohol vizsgálat?  Nem  Igen Vizsgálatot végezte: 
**Benyújtandó irat(ok):** Hatósági okirat, végzés/határozat/ítélet, munkahelyi balesetnél jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, kábítószer, egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, lelet, vezetői engedély adatai

**VI. NEM BALESETI HALÁL LEÍRÁSA**

 A halál oka:  
  
 A halált okozó megbetegedés orvosilag megállapított kezdete:  év  hó  nap  
 Amennyiben volt hatósági vizsgálat:  
 Eljáró hatóság: 
**Benyújtandó irat(ok):** Hatósági végzés/határozat/ítélet, haláleset utáni orvosi jelentés

## VII. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYEK ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult személy-azonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

Kérjük, hogy a bejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63.

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

Biztosított halála  baleseti okból  
 nem baleseti okból

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, kedvezményezett jelölés, amennyiben az örökös a kedvezményezett: jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány

## VIII. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTELEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN

Törvényes képviselő vezetékneve:  utóneve:

Kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Ptk. 2.15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíthetjük. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy törvényes képviselője vagyok az alábbi kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosultnak:

Jogosult vezetékneve:  utóneve:

Anyja születési vezetékneve:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap

Törvényes képviselő aláírása

## További jogosult esetén a Jogosult rendelkezési nyilatkozatát töltsse ki!

### IX. KIFIZETÉS FELVÉTELÉRE JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

Jogosult/törvényes képviselő vezetékneve:  utóneve:

Születési vezetékneve\*:  utóneve:

Anyja születési vezetékneve\*:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap Neme\*:  Férfi  Nő Kedvezményezettség aránya:  %

Állandó lakcíme/Székhelye:

irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:

Adóazonosító jele\*:  Állampolgársága\*:

Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útlevél, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány)

típusa\*:  száma\*:

érvényessége\*:  év  hó  nap Lakcímkártya száma\*:

Mobiltelefon:

E-mail cím:

1. Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi bankszámlára vagy a fent megadott lakcímrre:

Pénzintézet neve:

Számlatulajdonos vezetékneve:  utóneve:

Swift kód:  IBAN/Bankszámla száma:  –  –

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg kifizetését harmadik személy javára kéri, a kifizetésre kizárólag e harmadik személy pénzmosási törvény szerinti azonosítása után kerülhet sor. Lásd a jelen nyilatkozat XI. pontja az „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

2. Az adózás rendjéről szóló 2017. évi ART 50§ (2)28. pontja szerint életbiztosítási szerződés alapján történő kifizetéshez a **kifizetés jogosultjának nyilatkoznia kell** arról, hogy az Európai Unió valamely tagállamának adóügyi illetőségével rendelkezik-e. Ennek értelmében, mint a kifizetés jogosultja akként nyilatkozom, hogy **az adóügyi illetőségem:**

az Európai Unió tagállama, ország neve (kötelező adat):

nem az Európai Unió tagállama

\* Kötelező kitölteni, ha a Biztosított Kockázati életbiztosítással is rendelkezik.

## X. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATAI ÉLETBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSHOZ

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozatom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el:  Igen  Nem
2. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő:
3. Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el . (Írja be a lenti felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)
- a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
- b) az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
- c) a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
- d) a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítélőtábla és a Kúria tagja,
- e) a számvévszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvévszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
- f) a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese,
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezetőhelyettese, vezető testületének tagja vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok: házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelőszülője.
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok:
- bármely természetes személy, aki a kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa, vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll,
  - bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön által megadott adatok eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatokat tekintjük érvényesnek. Aláírásával Ön hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban (pl. állandó lakcím, e-mail cím).

Csatolja a személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útleveél és lakcímkártya) másolatait is!

Kelt:  év  hó  nap

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

**Fontos!** A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján\*\* – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. **Kérjük, olvassa el a csatolt tájékoztatót (A-07-K) és aláírásával járuljon hozzá adatainak kezeléséhez!** Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésére vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

## XI. TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn, és nem jelenti a biztosítási titok megsértését az adatok átadása a Bit. 138.§.(1)–(8) bekezdésében, valamint a 140.§–143.§-okban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára való továbbítás.

A biztosító a Bit. 149.§ (1) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és betegség-biztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított/kedvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

### Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók

A biztosító – törvényi kötelezettség\*\*\* alapján – minden életbiztosítással és vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles ismételt azonosítani, melynek keretében az ügyfél köteles megadni adatait, nyilatkozatait és a biztosító rendelkezésre bocsátani azonosító okmányainak másolatát. A személyazonosság igazolására **alkalmas dokumentumok: személyazonosító igazolvány, útleveél, valamint kártyaformátumú vezetői engedély. Kérjük, minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is.** Tudomásul veszem, hogy a **kifizetés feltétele a szerződő, a kifizetésre jogosult személy és az esetleges számlatulajdonos azonosítása.** A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a **személyazonosító dokumentumok személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz.** Amennyiben a szolgáltatási összeg meghaladja a 4,5 millió Ft összeget, akkor az azonosítás kizárólag személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodáján, illetve biztosításközvetítőjénél történhet.

**Felhívjuk figyelmét arra, hogy ezek hiányában a biztosító köteles megtagadni a kifizetés teljesítését.**

**Az ügyfél, annak meghatalmazottja, a Biztosítónál eljáró rendelkezésre jogosult, továbbá a Biztosítónál eljáró képviselő köteles a tudomásszerzéstől számított öt munkanapon belül értesíteni a Biztosítót az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.\*\*\*\***

Az azonosítási kötelezettségről további információt a biztosító [www.aegon.hu](http://www.aegon.hu) oldalán olvashat.

Az azonosításhoz szükséges adatlap elérhető a Biztosító <https://www.aegon.hu/hirek/kozlemeny-adatlap-azonositashoz.html> oldalán is.

A honlap Írjon nekünk! felületén lehetőség van az online azonosításra is (<https://www.aegon.hu/irjonnekunk>).

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványom, illetve lakcímkártyámon rögzített, de a biztosítási szerződésben nem szereplő személyes adataim Biztosító általi kezeléséhez. Az adatkezelés tartama a biztosítási szerződéssel összefüggő adatok kezelésére irányadó adatkezelési időtartam. Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Visszaküldési cím: **Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63.**

Kelt:  év  hó  nap

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

\*\* Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete

\*\*\* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 79. §-a.

\*\*\*\* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 12.§ (3) bekezdése.